

LECCION XXXVIII

De las sífilides en general.—Su clasificacion

Proposiciones:

1.^a Los caracteres generales de las sífilides—ó dermatosis de naturaleza sífilítica—son: 1.^o, *color cobrizo*, debido al pigmento y á la sangre congestionada; 2.^o, *unidad de forma elemental, aun cuando á veces son polimorfas*; á causa de que los brotes nuevos, bajo una nueva forma, coexisten con las erupciones precedentes, que tardan mucho en desaparecer; 3.^o, *son de ordinario indoloras*; no causan picor ni escozor, sino en casos excepcionales, pues, más bien que irritacion, hay congestion del tegumento; 4.^o, *son contagiosas, por inoculacion*, á lo ménos durante el período secundario; 5.^o, *sus granos se desarrollan con mucha lentitud*; de donde su larga duracion y permanencia en las formas en que nacieron; 6.^o, *se acompañan de infartos ganglionares crónicos*; pues la sífilis, afecta de preferencia el sistema linfático y de un modo crónico á los respectivos ganglios; 7.^o, *recidivas con erupciones de forma distinta*, á causa de que en diferentes épocas son atacados diversos elementos constitutivos de la piel; 8.^o, *sus humores dejan reaccion ácida*, cosa que se las distingue de las *herpétides*, que le dan alcalina y las asemeja á las reumátides; 9.^o, *dejan cicatrices blancas y hundidas*; por lo blancas se diferencian de las cicatrices de las escrofúlides, que son lívidas, y por lo hundidas se asemejan á ellas, si bien que no son tan deformes; 10, *hay antecedentes sífilíticos en el enfermo*, tales como el chanero indurado y los bubones diatésicos, que constituyen los *accidentes primarios*; 11, *para su tratamiento exigen el empleo de los mercuriales, ó del ioduro potásico*; pues resisten á todas las medicaciones dermatológicas comunes; en cambio, el mercurio, para las secundarias, y el ioduro potásico, para las terciarias, dan evidentes muestras de su eficacia.

2.^a Las sífilides, habida razon á su tópografía, se pueden dividir en *cutáneas, pilosas, inguinales y mucosas*.

3.^a Las sífilides *cutáneas*, que son las *sífilides propiamente dichas*, se clasifican en atencion á la lesion dominante, en *eritematosas, pigmentarias, papulosas, vesiculosas, ampollasas, pustulosas, tuberculosas y escamosas*.

SEÑORES: Cuando tratábamos de la clasificación etiológica de las dermatosis, estudiando el grupo de las constitucionales y reasumiendo los caracteres generales de las *sifilides*, os decía: «se distinguen por su color cobrizo, por la unidad de su forma elemental, aunque á veces son polimorfas; no causan picor ni dolor, son contagiosas por inoculación; sus granos se desarrollan con mucha lentitud; hay infartos ganglionares crónicos; recidivan con erupción de forma distinta; sus humores dan reacción ácida; deja cicatrices blancas y hundidas; hay antecedentes sifilíticos en el enfermo y para su tratamiento exigen el empleo de los mercuriales.»

Esta síntesis nosológica, que dejamos expuesta en la *Dermatología general*—pág. 151—requiere hoy día de nuestra parte detenido análisis clínico.

Una jóven, de no muy santas apariencias, ocupó la cama núm. 34, piés, de la sala Beato Oriol. A nuestra primera visita, la preguntamos: «¿qué tiene usted?»—«*Plata*, respondió con el desenfado propio de las de su estofa—*plata*, en el caló de ciertas prostitutas, significa lo mismo que *sarna*.—“*Cobre*,” repliqué yo, al descubrirle los brazos y al ver en ellos y en el pecho una abundante eflorescencia de pápulas escamosas, del color característico de las sifilides. Retenedlo bien en la memoria, *color de cobre nuevo*, color de moneda recién cuñada, ó, si se quiere, *color de jamon*, es el que tienen las sifilides que brotan en el período secundario. Tal tinte no es puramente congestivo, puesto que, si bien se aclara por la compresión de las manchas ó granos, no se disipa, como en el eritema verdadero; este color resulta de una mezcla de sangre y materia pigmentaria, es decir, de lo rojo y lo moreno. De ahí que sea *rojo oscuro*: cobrizo.

No habeis sin duda olvidado la distinción que dejamos establecida, en las generalidades de *Dermatología*, entre las

formas elementales primitivas simples, las compuestas y las complicadas; pues bien, las dermatosis sifilíticas pertenecen al género de las simples, es decir, que son manchas, pápulas, pústulas, ampollas, etc., sin que al nacer participen jamás de la doble forma. Esto no obsta para su ulterior *polimorfismo*; al contrario, esta circunstancia es en ellas de las más características. ¿Por qué? Porque en sus lentas evoluciones, en su larga duracion, ocurre que, al propio tiempo que persisten las eflorescencias ó brotes antecedentes, vienen otros de nuevas formas á interpolarse con aquellas y dan al campo del tegumento el aspecto más variado.

En cierto modo no decia mal la jóven á quien he aludido, al calificar de *sarnosa* su afeccion, pues la sífilide que ostentaba no era solo papulosa, si que tambien maculosa y pustulosa: era *polimorfa*, como suele serlo la sarna. Ya lo dije en otra ocasion: toda dermatosis polimorfa, es sifilítica ó sarna —véase la *Dermatología*.—

Pertenecen las sífilides al grupo de las dermatosis que podríamos llamar *frías*, ó apiréticas; pues si bien hay calentura en los albores del período secundario, esta es más bien la expresion general de la disemia, que el preludio del exantema. La prueba la hallareis en que las eflorescencias sucesivas, las que vienen despues de la roseola, son completamente apiréticas. Por ser infebriles, de lenta evolucion y sin irritacion cutánea, las sífilides son tambien *indoloras*, esto es, no escuecen, ni pican, ni punzan, ni se acompañan de dolores neurálgicos en las regiones en donde aparecen. En esa *frialdad*, en esa apirexia, en esa apatía y en esa indolencia, debereis ver uno de los caracteres más importantes de este órden de dermatosis, por el cual os será dado distinguirlas de las *herpétides*, que pican ó escuecen, particularmente al influjo del calor, y de las *reumátides*, que

punzan, dan alfilerazos, especialmente al influjo del frío.

Las solas dermatosis constitucionales susceptibles de contagiarse por inoculación la discrasia que las produce, son las sífilides. Si son granos secos—pápulas ó tubérculos—la sangre hace las veces de virus inoculable; si son húmedas, puede ser inoculado el exudado purulento ó seroso que exhalan. Pero, ¿qué resulta de estas inoculaciones? No la pápula, ni la pústula, ni el tubérculo, de donde el humor procede, sino el *chancre duro*, el accidente primitivo, con su obligada cohorte de infartos ganglionares regionales.

Pero, ¿hasta qué punto es útil en la práctica la noción de la especificidad contagiosa de las sífilides? Autorizados estamos á inocular el humor de uno de estos granos sospechosos en el mismo individuo que los lleve; mas, en caso de sífilis, el resultado será tan negativo como si inoculásemos una herpétide, una escrofúlida ó una reumátide. La prueba la hallaríamos inoculando á un individuo no sífilítico; pero esta prueba es de todo punto inmoral, y jamás tendremos el derecho de buscarla.

Nuevamente tengo necesidad de recordaros el parentesco entre la sífilis y la escrófula: *escrofúlides* y *sífilides* concuerdan, en efecto, en la lentitud de su evolución. Si comparais el rápido curso de los exantemas febriles, si teneis en cuenta el modo brusco como aparecen, se desenvuelven y se hacen dehiscentes, se reabsorben ó se resuelven las herpétides y las reumátides, y si parangonais un tal modo de nacer, existir y desaparecer, con la manera lenta y sucesiva con que se presentan las sífilides, haciendo larga estancia en el tegumento, como si aguardasen, sin impaciencia, el reemplazo por otras lesiones de la misma índole, hasta el punto de coexistir por bastante tiempo las más precoces con las de series cronológicas sucesivas, de donde la *polimorfia* con que

frecuentemente se presentan á nuestra observacion; si recordais, en fin, que en las sífilides todo es gradual, cronológico, escalonado y *subintrante*, ¿podreis dejar de ver en todo esto uno de los rasgos más típicos de este orden de dermatosis? por el solo concepto de su marcha, ¿podríais confundirlas ni con las exantemáticas, ni con las pseudo-exantemáticas, ni con ninguna otra del numeroso orden de las constitucionales?

Otra conveniencia que tambien resalta entre las escrofulídes y las sífilides, es la evidente participacion que en ellas toman los ganglios linfáticos. Recordad las adenopatías que de cerca acompañan y subsiguen al chancre duro y los infartos ganglionares difusos que se presentan al abrirse la escena del período secundario: en todas partes vereis, no precisamente el reflejo ganglionar de las lesiones cutáneas de la region, sino el sello de una discrasia que dirige sus tiros más insistentes al sistema linfático. Tambien hay herpétides que se complican con adenitis más ó ménos numerosas, pero estas son evidentemente flogísticas, son agudas y radican en la region ganglionar en que confluyen los linfáticos de la parte en donde evolucionan la dermatosis; son, en una palabra, expresion genuina de la flegmasia local y no la traduccion de una diátesis.

Quisiera que trajerais á vuestra memoria lo que en la seccion de *Dermatología* os dije respecto á la manera como tienen lugar las recidivas de las dermatosis constitucionales: las herpétides recidivan bajo la misma forma, pero en distintos sitios; las escrofulídes recidivan en un mismo sitio, pero bajo formas distintas. Pues bien: las sífilides recidivan bajo diferentes formas y en diferentes sitios. Tal region que al principio del período secundario fué poblada de sífilides eritematosas simples ó papulosas, recidiva más tarde, aun dentro de los

límites del susodicho período secundario ó ya en pleno período terciario, bajo el aspecto de manchas de roséola más ó ménos circunscritas, ó bajo el de pápulas, pústulas ó tubérculos, y tal sífilide eritematosa ó papulosa que en determinada época apareció en el pecho ó en el abdomen, se presenta más tarde, con idéntico aspecto, en la cara ó en la frente, formando esa diadema de cobre, llamada *corona véneris*.

Se dice que los humores de las sífilides son diametralmente opuestos á los de las herpétides, pues mientras que estas dan reaccion alcalina, aquellas enrojecen la tintura de tornasol y vuelven verde el papel de cúrcuma. Yo, señores, he querido comprobar estos asertos en diferentes casos, y en verdad, aun cuando, en general, estas reacciones son ciertas, las considero de reducida utilidad clínica, á causa de que, tanto el humor de las herpétides como el de las sífilides, en la mayoría de los casos, más bien que enrojecer ó volver azules, amarillos ó verdes los respectivos papeles, los ensucian, los pringan y no permiten darnos cuenta de sus acciones físico-químicas. Por otra parte, ¿á qué echar mano de los científicos auxilios de la Química, tratándose de diferenciar dermatosis que son entre sí tan divergentes por otros muchos conceptos verdaderamente clínicos? ¿Pensais que la alcalinidad de las secreciones herpéticas y la acidez de las sífilíticas arguye las respectivas acideces y alcalinidades de la sangre y que los vicios humorales correspondientes se pueden combatir formando sales neutras, como las haríamos si en una retorta ó en un tubo de ensayo hubiésemos de operar en compuestos binarios? La Química, la Quimica, excelente compañera de la Medicina; no su dominadora: *Chimia egregia ancilla Medicina, non allia peior domina*.

Cuando veais cicatrices hondas, coarrugadas y deformes, que no se explican por abscesos preexistentes, ni por heri-

das, ni por daños de los huesos, ni provienen de quemaduras, pensad en la sífilis ó en la escrófula cutáneas.

Pero, ¿en qué distinguiremos las cicatrices de las sífilides de las de las escrofúlides? Ambas son hundidas y forman costurones; pero las de las escrotúlides son más hondas y más coarrugadas y conservan durante mucho tiempo la mortecina rubicundez de la hiperemia atónica, las de las sífilides son más superficiales, ménos irregulares y quizás estrelladas, y si bien al principio ostentan el color de cobre característico del pabellon sífilítico, despues se vuelven blancas, como las que se originan de un afecto traumático. Son cicatrices de tejido inodular, que en un principio conservaba la hiperemia y congestion propias de la sífilis, pero que, andando el tiempo, ha perdido estos dos elementos cromáticos.

Siempre os advierto que no pequeis de cándidos cuando vengais á explorar enfermos, y especialmente enfermas, en quienes se puedan sospechar antecedentes sífilíticos. Hay sujetos *sifilómanos*, que os referirán largas historias quirúrgicas y viscerales, que ellos se afanan en enlazar con la sífilis, que, en forma de purgacion ó llaga, contrajeron en tiempos remotísimos. Excuso decir que las mujeres, máxime si son viudas ó mal casadas, achacan sus males á las infidelidades del marido. y que las suegras encuentran la patogenia de todas las dolencias genitales y extra-genitales de sus hijas en las calaveradas de los yernos. Mucho más comun es dar con enfermos y enfermas *sifilófobos*, ó por mejor decir, *negadores* y *renegadores* de la sífilis. No creais ni á unos ni á otros, y sobre todo, no deis asentimiento *ni á las unas ni á las otras*, y juzgad de los antecedentes de sífilis por lo que veais y toqueis y no por lo que se os diga. Cada dia de clínica es un paso en la senda de este escepticismo.

Claro está que en las sífilides habrá antecedentes sífilíticos. Busca llos en los genitales, en las ingles, en los sobacos, en la garganta, en las encías y en los huesos palpables. Pero, ¿son indispensables estos datos para el diagnóstico? Yo creo que no: el cuadro de los accidentes objetivos de estas dermatosis es demasiado característico, para necesitar el apoyo del conmemorativo. Es evidente que un carácter solo, aislado, podría ser equívoco, como pudiera serlo la inicial respecto de un nombre propio; pero raras veces dejan de concertarse varios de los caracteres de la clase y este concierto os dará la clave del diagnóstico.

Si á pesar de todos estos datos presentes, os quedare alguna duda, ensayad la enfermedad por el mercurio, solo ó bien simultaneado con el ioduro de potasio. No hay afecciones cutáneas que tan pronto se modifiquen y se inclinen á la curacion por los medicamentos, como lo hacen las sífilides al influjo de esos maravillosos é inestimables agentes farmacológicos.

Despues de esta revista de los caracteres generales de las sífilides, nos resta abordar una tarea bastante árdua: la clasificacion de estas dermatosis. No es la falta, sino el excesivo número de ensayos, lo que dificulta nuestros pasos. ¿Por cuál decidirnos? La clasificacion anatómica seria la más lógica; pero en una enfermedad de suyo polimorfa y sucesiva, que afecta á la vez diferentes elementos del tegumento, ¿cómo discernir el lugar de preferencia para el uno ó para el otro y cómo distinguir las lesiones del epidermis de las del dérmis y de las de los aparatos glandulares de las papilas y de los nervios?

Aun es más arriesgada la clasificacion anatomo-patológica, en razon á que los procesos vasculares hiperémicos, congestivos y tróficos, coinciden de ordinario en un mismo in-

dividuo y aun en una misma region, por lo cual no siempre es facil determinar cual de entre ellos tiene mayor importancia.

La division ménos mala es, en mi concepto, la adoptada por Bazin, que se funda en la forma elemental y primitiva de las dermatosis. Antes de entrar en detalles, es conveniente, para metodizar el estudio, dividir las dermatosis sifilíticas en cuatro grupos: 1.º *cutáneas*, 2.º *ungueales*, 3.º *pilosas* y 4.º *mucosas*.

En las *sifilides cutáneas*, ó *sifilides propiamente dichas*, hallaremos los siguientes géneros:

- | | | |
|-----|-------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|
| 1.º | <i>Eritomatosas</i> | Roscela sifilítica. |
| 2.º | <i>Pigmentarias</i> | Cloasma de la cerviz. |
| 3.º | <i>Papulosas</i> | Liquen sifilítico. |
| 4.º | <i>Vesiculosas</i> | Herpes y, segun algunos, eczema sifilíticos. |
| 5.º | <i>Ampollosas</i> | Pénfigo y rúpia sifilíticos. |
| 6.º | <i>Pustulosas</i> | Ectima, Acné é Impétigo sifilíticos. |
| 7.º | <i>Tuberculosas</i> | Tubérculos aislados, agrupados, serpiginosos y perforantes sifilíticos. |
| 8.º | <i>Escamosas</i> | Psoriaris sifilítico. |

En la inmediata Leccion entraremos en detalles sobre las sifilides cutáneas en particular.

LECCION XXXIX

Sifilides en particular.—Roséola, cloasma, liquen, ectima, acné, impétigo, pénfigo, rúpia, tubérculos y psoriasis sifilíticos.

Proposiciones:

1.^a La *sifilide eritematosa* ó *roséola sifilítica*, que es la mas constante—en 90 por 100 de casos—y la más precoz—de la sexta á la octava semana de la aparicion del chancro—se caracteriza por manchas rojas, sin elevacion—*roséola maculosa*—ó con elevacion—*roséola papulosa*—redondas, de un centimetro de diámetro á lo más, que no se desvanecen á la presion, ocupando las manchas la parte anterior del pecho y abdómen, y los lados del tronco las pápulas, difundiéndose despues por los miembros y cabeza; frecuentemente es recidivante; la primera erupcion aparece en ausencia de todo excitante de la piel; las sucesivas pueden ser determinadas por estímulos locales; su larga duracion distingue esta dermatosis de la hidrargiria y del eritema copábico y su terminacion por coloracion, sin cicatriz, mancha ni descamacion, no permite confundirla con ningun otro eritema espontáneo; frecuentemente se complica con erupciones pustulosas ó escamosas; su pureza es de favorable augurio en el ulterior proceso de la sífilis.

2.^a La *sifilide pigmentaria maculosa*, descrita por Pillon, tiene su asiento en el cuello, especialmente de las mujeres, y consiste en manchas de pigmento—cloasma—que alternan con espacios en que la piel conserva su coloracion normal, de lo cual resulta un aspecto jaspeado; sobreviene mucho despues que la roséola, entre los accidentes cutáneos tardíos, y aún cuando no la hemos visto tan rebelde y pertinaz como dice el referido autor, acusa la persistencia de la infeccion sifilítica, á pesar de la ausencia de otras manifestaciones:

3.^a La *sifilide papulosa*, ó *liquen sifilítico*, caracterizada por una erupcion difusa y más ó ménos abundante de pápulas, pálidas primero y luego de color cobrizo, que en las mucosas y partes húmedas de la pie constituyen *placas mucosas*, mientras que en las partes secas del tegumento se donominan *pápulas*

seca, es una sífilide precoz, pero siempre más tardía que la *rosiöla*, con la cual á menudo coincide; aparece en diferentes partes del cuerpo, recibiendo cuando se la vé en la frente, el nombre de *corona de Venus*; las pápulas terminan por descamacion y se resuelven sin dejar manchas ni huellas cicatriciales; frecuentemente recidiva, y entönces parece una sífilide tardía; el pequeño volümen de los granos la distingue de las sífilides tuberculosas y los sitios que ocupa, su marcha rápida y su terminacion por descamacion, no permiten confundirla con el *acné indurata*.

4.^a Las *sífilides pustulosas*, caracterizadas por granos repletos de pus, son accidentes tardíos en el período secundario; de larga duracion, á causa de nuevos brotes sucesivos, que atacan de preferencia la mitad inferior del cuerpo, posándose rara vez en el pecho y en la cara y pudiendo revestir tres formas: la de *ectima*, la de *acné* y la de *impétigo*; el *ectima* es más tardío y más grave que las otras dos, pues va seguido de costras, parecidas á las de la *rúpia*, que ocultan úlceras profundas é indica un grado más adelantado de la infeccion, á diferencia del *ectima* comun que se presenta en las extremidades torácicas, el sífilítico afecta de preferencia los miembros abdominales; el *acné sífilítico*, difícil de distinguir del vulgar, es más precoz que el *ectima*; no radica en la cara, espalda y parte superior del tronco, como el vulgar, sino en los miembros inferiores; cuando se han desprendido sus costras, deja manchas cobrizas; el *impétigo sífilítico*, de costras planas ó elevadas, radica principalmente en la cara, dérmis cabelludo y escroto; oriundo de pústulas pequeñas, estas se abren y dan salida á un humor purulento, que se condensa formando costras, que se reproducen sin necesidad de que aparezcan nuevas pústulas; las costras son más proeminentes si la region tiene pelos que las atraviesen; á pesar de la aréola cobriza que circunda á las costras, el *impétigo sífilítico* se podria confundir con el vulgar, á no atender á los antecedentes del enfermo; es frecuente que las tres formas de la sífilide pustulosa coincidan en un mismo individuo.

5.^a Las *sífilides vesiculosas*, negadas por muchos dermatólogos, se caracterizan por una erupcion, más ó ménos numerosa, de vesículas repletas de humor seroso, que ó bien se reabsorbe, descamándose las vejiguillas, ó se condensa formando costras aisladas para cada vesícula—*herpes*—ó comunes á las de un grupo más ó ménos extenso; costras que luego se reproducen sin necesidad de nuevas vesículas—*eczema impetiginodes*;—es de las dermatosis sífilíticas más frecuentes; viene cuando está adelantado el período secundario; es de larga duracion cuando reviste el aspecto impetiginoso, y se distingue de las dermatosis vesiculosas vulgares, por la ausencia de prurito y escozor, y por el color cobrizo de la superficie en que nacen las vesículas.

6.^a Las *sífilides ampollas* comprenden dos géneros: el *pénfigo* y la *rúpia*; el *pénfigo*, rarísimo en el adulto, aparece á menudo en los recién-nacidos; pero nada prueba que entonces sea sífilítico; en el adulto, es una manifestacion precoz del período secundario, difícil de diferenciar, como no sea por los antecedentes, del *pénfigo* vulgar; la *rúpia* no se ve en los niños y es muy frecuente en el adulto; aparece en el período terciario, formando anchas ampollas sero-purulentas, que presto se convierten en costras estratificadas, cóncavas y movibles, sobre úlceras profundas y supurantes, que cicatrizan formando bridas blancas y estrelladas.

7.^a Las *sífilides tuberculosas*, caracterizadas por granos gruesos, duros, prominentes y redondeados, que tienden á ulcerarse y á dejar cicatrices indelebles, pueden presentar cuatro formas: 1.^o *tubérculos diseminados*, que aparecen precozmente en el período secundario, despues de las sífilides papulosas, ocupan la

cara, se descaman, se reabsorben y dejan manchas amarillentas y deprimidas; 2.º *tubérculos agrupados*, que no vienen hasta el período terciario, forman grupos más ó ménos regulares en la cara, se descaman, se reabsorben y dejan cicatrices hundidas ó se ulceran; 3.º *tubérculos serpiginosos*, también pertenecientes al período terciario, se ulceran rápidamente y se cubren de costras, debajo de las cuales no cesa de progresar la ulceracion, pero sin pasar de la piel, al propio tiempo que se inicia la cicatrizacion en otras partes; ocupan de preferencia la cara y las articulaciones, y 4.º *tubérculos perforantes*, que se ulceran profundamente destruyendo las partes de la cara y especialmente la nariz y la bóveda y velo palatino; también son del período terciario más adelantado.

8.ª Las *sifilides escamosas*, no son jamás primitivas, sino producto de otras dermatosis preexistentes; se admite, no obstante, un *psoriasis sifilítico*, que unas veces se presenta como accidente precoz y otras como tardío de la sífilis; es un *eritema papuloso*, seguido de descamacion, que principalmente se manifiesta en las palmas de las manos y en las plantas de los piés, en donde forma grietas, correspondientes á los surcos de estas regiones; al desprenderse las escamas, quedan manchas cobrizas que mantienen tensa la piel, hasta su desaparicion, la cual no se consigue sino á beneficio del tratamiento específico.

SEÑORES : no puede darse caso más típico de *roséola sifilítica* que el que hemos visto en el enfermo del número 4 de la sala de Santa Cruz, aquel jóven de grandes patillas rubias, que vino al hospital al mes y medio de haber visto aparecer un chancro, cuya induracion era aun muy perceptible y cuyas adenitis inguinales eran también abundantes y voluminosas. Cuando entró se sentia quebrantado de fuerzas, estaba inapetente y tenia cefalalgia y calentura. Al tercer dia de su ingreso vimos poblársele el pecho y el abdomen de unas manchas rojas, redondas, de más de un centímetro de diámetro, bastante irregulares y en muchos puntos confluentes. Al dia siguiente la eflorescencia invadió la cara y los miembros torácicos, presentando el aspecto que denota la figura que os presenté—Lámina 2.ª, fig. 2.— En aquel entonces el enfermo estaba ya apirético y era tan poco lo que le molestaba la erupcion cutánea, que la primera nocion que de ella tuvo la debió á haberse mirado en un espejo que trajo al venir al hospital. Pasando la mano por la superficie de las manchas, no percibimos proeminencias ni asperezas; com-

primidas con el dedo varias de las manchas, notamos que la rubicundez, apenas se atenuaba. Teníamos, pues, á nuestra vista una *roséola maculosa*, que se diferenciaba de la ordinaria por ser apirética, fria, indolora, de un color más oscuro—cobriza—y por no formar línea blanca por la compresion. En consecuencia, y habida razon á los antecedentes, aun presentes —induracion chancrosa y adenitis poliganglionar y bis-inguinal,— formulamos el diagnóstico de *roséola maculosa sifilítica*.

Para que vieseis la persistencia de la erupcion y á fin de dar tiempo al alumno iconógrafo para sacar el retrato del enfermo, dejé transcurrir cuatro dias sin echar mano de la medicacion específica. Pudisteis observar que en este tiempo las manchas no se habian atenuado y que antes bien habian aparecido otras nuevas, especialmente en la cara. Instituida despues la medicacion mercurial, desde el tercer dia las manchas palidieron, y en menos de ocho ya no se veia de ellas el menor vestigio en ninguna parte del cuerpo.

Esta es, pues, la *roséola maculosa*, una *sifilide eritematosa*, la más precoz de todas, puesto que hace su aparicion entre la cuarta y la séptima semana á contar del nacimiento del chancro. Es tambien la más frecuente, pues Cullerier cree que, más ó ménos acentuada y visible, no falta en un 90 por ciento de sifilíticos.

Frecuentemente las manchas de la roséola ocupan pequeñas elevaciones de la piel, secas y aplanadas—pápulas—y entonces toma el nombre de *roséola papulosa*, la cual en modo alguno podria confundirse con el *liquen sifilítico*, cuyo elemento dominante son, no las manchas eritematosas, sino las pápulas.

Hay, empero, un eritema que algunas veces hemos observado en nuestras salas, el *eritema copáibico* que tiene algunas

analogías con la roséola; pero de este conocemos el agente provocador; sus manchas son fugaces y se desvanecen á la presión del dedo. Tampoco cabria confusion con la *hidrargiria*, pues en esta hay granitos rojos, que pronto se llenan de una materia purulenta, se desecan y descaman.

La *roséola sifilítica*, como los eritemas simples, termina por resolución y no deja descamación ni manchas. No es raro que recidive, pero esto no tiene lugar hasta un período muy adelantado de la sífilis, y casi siempre al influjo de causas irritantes del tegumento—un baño caliente ó sulfuroso, excitantes alcohólicos, etc.—

Todos los sifiliógrafos están contextes en que la *roséola* es la más benigna de las sífilides, y que cuando se presenta en toda su pureza, esto es sin escamas, ni pústulas, ni tubérculos, indica lenidad en el ulterior proceso de la sífilis.

Por más que diga Pillon, la *sifilide pigmentaria del cuello* dista mucho de ser frecuente. Ciertamente que no podemos ser voto en la materia, habida razón á que, según el referido autor, el cloasma cervical sifilítico es muy común en la mujer, y nosotros carecemos de sala de venéreas; pero á ser ménos rara esta dermatosis, algunos casos se hubieran presentado en mi consulta particular, regularmente concurrida por el bello sexo. Uno de los pocos casos de sífilide pigmentaria cervical que he visto recaía precisamente en un jóven, y aun cuando presentaba los caracteres físicos que le atribuye Pillon, no correspondia al período terciario, sino que sobrevino en plena sífilis secundaria, poco después de la roséola. Véanse en las partes laterales del cuello manchas pigmentarias irregulares, que, alternando con espacios de piel normalmente coloreada, hacian pensar que ésta estaba desprovista de pigmento; de ahí resultaba el aspecto jaspeado de la región, de que nos habla Pillon. Un tratamiento mercurial, por medio de in-

yecciones hipodérmicas de peptonato amónico mercurial, dió por resultado que en ménos de veinte dias se disipasen las manchas pigmentarias. Como se vé, esto difiere mucho de la rebeldía de la lesion y del significado clínico de fenómeno avanzado de la sífilis, que el referido autor considera en la sífilide pigmentaria. ¿Podria atribuirse lo primero á la incomparable eficacia curativa del método hipodérmico que hoy dia empleamos, pero que seguramente desconocia Pilon en 1845?

Las *sifilides papulosas* merecen el nombre genérico de *liquen sifilitico*. Ofenderia á vuestra aplicacion y aprovechamiento si os recordase ahora lo que es una pápula: esos granos secos, sin contenido seroso ni purulento, de un tamaño inferior á una lenteja y que terminan por resolucion ó descamacion, si ya no es que sean coronados por una vesícula, pueden, al influjo de la sífilis, aparecer en partes de la piel habitualmente secas ó bien en la superficie de las mucosas ó en sitios cutáneos que por el mutuo rozamiento, ó por formar repliegues ó surcos, tienen más ó ménos semejanza con las membranas mucosas. *Pápulas secas* se denominan en el primer caso; en el segundo constituyen las *placas mucosas*, cuyo estudio merecerá de nuestra parte una Leccion especial.

Descartemos, pues, por hoy las *placas mucosas*, las *pápulas húmedas* y ciñámonos al *liquen sifilitico* propiamente dicho, á las *pápulas secas*, las cuales, si tanto nos paramos en sus condiciones de volumen y forma, se podrán dividir en *miliares*, *lenticulares* y *cónicas*. Las *pápulas lenticulares* son las que más frecuentemente se observan, y de tales deben calificarse las que aun pueden verse en el enfermo que ocupa la cama número 12 de la sala de Santa Cruz—Lámina 3.^a, fig. 1.^a Este sujeto, que vino á la clínica con evidentes vestigios de roséola en

el tronco y miembros torácicos, nos presentó al otro día de su ingreso, una erupción de pápulas lenticulares, abundantes y diseminada por el torax y abdomen que, pálidas al principio, se fueron coloreando y se extendieron por los miembros pelvianos. No tuvo calentura, ni desórdenes gástricos y no acusaba picor, ni escozor, ni ardor. Comprimiéndolas, las pápulas conservaban su color de cobre característico. Con un tratamiento específico, vimos en pocos días descamarse muy someramente, perder el color y desvanecerse luego sin dejar hoyos, ni cicatrices, ni manchas.

La descamación de las pápulas del *liquen sifilítico* ofrece una particularidad, y es, que las escamillas, antes de desprenderse, se levantan en la circunferencia de los granos: esta pequeña descamación, descubierta por Bielt, constituye lo que hoy día se conoce con el nombre de *collarito de Bielt*.

Aun cuando el liquen sifilítico se observe principalmente en la mitad inferior del cuerpo, incluyendo los miembros abdominales, y raras veces en los torácicos, no es infrecuente que invada la cara: cuando se vé en la frente, formando una diadema de anchas pápulas rojizas, toma el significativo nombre de *corona de Venus*. En varios casos de la clínica, aún en la de mujeres, os he hecho ver este ostensible estigma de la sífilis secundaria, cuyo color, tamaño y forma no permiten confusión con una erupción acnéica.

Veis, pues, que el *liquen sifilítico*, constituye el grupo de las *dermatosis papulosas*, y que juzgándole cronológicamente, le hemos de considerar como aun sífilide precoz, aún cuando de ordinario más tardía que le *roseola* y á menudo coincidente con ésta y las placas mucosas, que en su esencia no son más que pápulas sifilíticas formadas en superficies cutáneas húmedas ó en las mismas membranas mucosas.

Hablando, como hablaré luego, de las dermatosis tuberculo-

sas, veremos que no pueden confundirse con el liquen por diferentes conceptos; basta por el presente atender al volumen relativamente pequeño de las pápulas, y tener en cuenta la respectivas topografías de esta dermatosis para evitar el error. El *acné indurata*, que tiene también algunas semejanzas con el liquen sifilítico, ocupa la cara, la espalda y demás regiones abundantes en folículos sebáceos, mientras que la *sifilide papulosa seca* afecta preferentemente la mitad inferior del tronco, los muslos y las piernas; carácter este último que, entre otros, le distingue del *liquen vulgar* y del *herpético*, que radican principalmente en los miembros torácicos y en el pecho.

Las *sifilides pustulosas* pueden presentarse bajo tres formas: de *ectima*, *acné* y *pénfigo*. Ejemplo clásico de *ectima sifilítico* lo es un enfermo, que, con presunción de sarnoso, fué, hace pocos días, colocado en el número 7 de la sala de Santo Tomás. Aun cuando no refería antecedentes sifilíticos, pues no presumía que la dermatosis que le aquejaba pudiese tener relación con la llaguita que había contraído seis u ocho meses atrás, hubo de confesar que ésta había existido y hasta nos dijo que después había tenido dolores de cabeza y artralgias. Probablemente apareció en su piel algún *ras* más ó ménos acentuado y transitorio de *roséola*. Su cuerpo estaba poblado de granos pustulosos, que se interpolaban con numerosas pápulas. Las pústulas eran medianas, no tenían inflamada la base, y muchas estaban coronadas de una costra; una pequeña aréola de color de cobre las circundaba; las pápulas eran también cobrizas; había pústulas en el pecho, en el abdomen y sobre todo en los miembros abdominales; también las había en los torácicos, pero aquí dominaban las pápulas y, cosa extraña—pero no tan excepcional como algunos creen—con todo ser sifilítica esta *dermatosis polimorfa*, causa-

ba al enfermo bastante escozor, mas no picor, por lo cual no se veian arañazos, como en la sarna, ni tampoco surcos acarianos íntegros ni arruinados.

Unos diez dias de fricciones mercuriales bastaron para que, desecados los granos y exfoliadas sus costras, desapareciese la erupcion, así de ectima como de liquen, no quedando de las pústulas más que algunas manchas poco visibles. Teníamos, pues, en el referido caso una sífilide pustulosa, propia del periodo secundario adelantado, que coincidia con otra papulosa, seguramente mucho más precoz, y por el color de ambas así como por los sitios que ocupaban y por su misma coexistencia, que determinaba la polimorfia, á pesar del picor de que se quejaba el enfermo, no pudimos confundirlas con ninguna dermatosis de índole no sifilítica.

Tambien hay un *acné* sifilítico; pero este es más difícil de distinguir del acné vulgar: sabed, empero, que así como el acné comun se observa principalmente en la cara y parte superior del tronco, el sifilítico afecta de preferencia los miembros inferiores, y cuando desaparecen los granos pustulosos, quedan manchas cobrizas. El *acné* es siempre una sífilide mucho más precoz que el *ectima*, pues de ordinario no coincide con la roséola y con el líquen.

Tambien asoma precozmente el *impétigo sifilítico*, caracterizado por pústulas pequeñas, que exudan un material purulento, que se concreta formando extensas costras, las cuales se reproducen sin que aparezcan nuevas pústulas. Estas costras son planas, si la region es lampiña, y proeminentes, si está poblada de pelos. Siempre alrededor de las pústulas ó de las costras se notará la areola cobriza, propia de las sífilides; en caso de duda sobre la naturaleza de la afeccion, por ser poco manifiesto este carácter, el diagnóstico deberá deducirse de los antecedentes del enfermo.

Como los granos, tanto secos como húmedos, de la sífilis, son siempre más voluminosos que los de la misma especie que nacen por cualquier otra causa en la piel, las vesículas miliares, las propias del *eczema*, no se presentan al influjo de esta discrasia; hay, empero, un *herpes sífilítico*, que no se distingue del comun, mas que por el color cobrizo de las vesículas, que son bastante voluminosas y se cubren de costras aisladas, que luego se exfolian y desprenden. En ciertos casos, bastante raros, se ve el *eczema impetiginodes*, en que las vesículas, serosas al principio, se vuelven purulentas, se abren y el humor que contienen se condensa en costra continúa, que cubre una extensa superficie correspondiente á un grupo más ó ménos numeroso de vesículas. Las costras del *eczema impetiginodes*, lo mismo que las del impétigo verdadero, se reproducen sin necesidad de nueva erupcion de granos purulentos. De todos modos, las *sifilides vesiculosas* son poco frecuentes, y cuando asoman, indican una época adelantada del período secundario, rayana con la de la aparicion de los síntomas terciarios.

Las dermatosis sífilíticas, en general, propenden mucho más á la purulencia que á la exhalacion serosa, de ahí que, siendo muy frecuente, entre las *sifilides ampollas* la *rúpia*, el *pénfigo* se haya observado tan pocas veces, que muchos hasta niegan su existencia. «El *pénfigo sífilítico*—decia en la seccion de *Dermatología*—lo niegan casi todos los dermatólogos, pues constituye la *rúpia*. Yo he visto, con todo, una erupcion decididamente penfigosa, generalizada, en un sífilítico, que mi escasa autoridad no me permite calificar de *pénfigo sífilítico*, y por no oponerme al voto respetabilísimo de todos los prácticos, me limito á considerarlo como un *pénfigo coincidente con la sífilis*.» Desde que esto os decia, se ha presentado en la clínica—Beato Oriol, 35, piés—un caso notable. Era una jóven

que habia sido fuertemente mercurializada antes de entrar en el hospital; tenia un fuerte tialismo, pero no se veian en ella señales de sífilides, ni de placas mucosas. Al cuarto ó quinto dia de estar en la sala, apareció invadida de calentura y al siguiente comenzaron á salirle ampollas en los codos y antebrazos; al dia siguiente aparecieron otras en las piernas y muslos y así todos sus miembros se fueron poblando de un *pénfigo* muy numeroso, con ampollas citrinas é indolentes. Con una medicacion comun, estas ampollas se aplanaron, se desecaron y exfoliaron, sin dejar cicatrices ni manchas. La enferma, en ménos de tres semanas, salió curada del hospital. Hé aquí, pues, otro caso de *pénfigo coincidente* en un individuo probablemente sífilítico. En este sujeto aun veo más difícil que en el anterior demostrar la índole sífilítica de la erupcion.

Debiera ahora ocuparme de la *rúpia sífilítica*, dermatosis no precisamente ampollosa, sino más bien pústulo-ampollosa, propia del periodo terciario adelantado; pero los extensos por menores con que ha sido descrita esta afeccion en la *Dermatología especial*, pág. 544, me permiten aprovechar ahora el corto tiempo que nos resta de la leccion presente para terminarla con el estudio de las dermatosis tuberculosas y escamosas.

Las *dermatosis tuberculosas*, cronológicamente consideradas en relacion con el proceso sífilítico, se dividen: en *agrupadas*, en que los tubérculos confluyen en determinadas regiones, y aparecen durante el periodo secundario, y *aisladas*, en que los tubérculos, separados, se descaman y se resuelven, ó bien se ulceran, progresando sin cesar á la manera de un *lupus serpiginoso*, pero sin atacar más que el tegumento, ó destruyen profundamente las partes en que nacen, á la manera del *lupus terebrante*. Estas últimas sífilides tuberculosas pertenecen por completo al periodo terciario.

Hé aquí la historia clínica de una enferma que ocupó la cama n.º 37, piés, de la sala Beato Oriol (Lám. 11, fig. 1.^a), que puede servir de ejemplar para la primera especie de sífilides tuberculosas, las *agrupadas*. Era una mujer de 35 años, temperamento linfático-nervioso y constitucion medianamente robusta. Al entrar en la clínica, dijo que venia con la intencion de que se le curara de una afeccion herpética que desde algun tiempo padecia en la cara. Negó todo antecedente sífilítico y venéreo; notábanse, no obstante, en las ingles, indudables vestigios de infartos ganglionares, y en la garganta algunas cicatrices. La frente estaba poblada de eminencias crustáceas ribeteadas de color cobrizo, y la cara salpicada de costras secas, blancas, y farináceas, que principalmente se observaban en las regiones naso-labiales.

La afeccion era de todo punto indolente. Levantadas algunas de las costras de la frente, apareció la superficie dérmica incruenta, ligeramente húmeda, de aspecto tuberculoso y de color cobrizo. No habia infartos cervicales. Se observaban numerosas chapas alopéticas, en el cráneo, cubiertas de costras foliáceas muy secas. Las cejas estaban casi enteramente despobladas.

A pesar de los negativos antecedentes de la enferma, la afeccion fué diagnosticada de *sífilide tubérculo-crustácea*, diagnóstico que no tardó en verse confirmado por la curacion que se obtuvo en un mes, á beneficio del siguiente tratamiento: 3 gramos de unguento de mercurio terciado, extinguido en las ingles y sobacos; dos lociones diarias con la siguiente solucion: de agua destilada, 300 gramos; de bicloruro de mercurio, 1 gramo. Habiendo desaparecido la afeccion cutánea, se continuó la medicacion mercurial con las píldoras de bicloruro de mercurio, 2 centígramos, y se comenzó á administrar el ioduro de potasio— 4 gramos por

200 de agua;—después de las unciones, vino un ligero tialismo, que se combatió felizmente con la poción de clorato potásico,—3 gramos por 200 de agua,—y con colutorios de sub-borato sódico.

La *sifilide tubérculo-serpiginosa*, no es más ni ménos que una de las formas del *lúpus*—véase la *Dermatología*, pág. 691 que tiene la particularidad de aparecer con tubérculos aislados, los cuales luego se ulceran, siempre progresando en superficie y, al parecer, no atreviéndose á rebasar los dominios de la piel. Para que nada le falte de lo que al *lúpus* caracteriza, vereis que esta sifilide tiene algo también de la *tela de Penélope*, con que en otro lugar comparé el *lúpus ulceroso*; al par que destruye por un lado, teje, es decir, cicatriza por otro.

Hay, empero, tubérculos sifilíticos que no reconocen vallas orgánicas; fíjanse especialmente en las alas de la nariz y se las comen; en la bóveda palatina y la perforan, poniendo en comunicacion la boca con las fosas nasales ó en el velo palatino, aniquilándolo y dando á la voz esa resonancia nasal gangosa que es la característica de la sífilis en sus grados más elevados.

Todo esto, como se comprende, pertenece al período terciario de la sífilis, y á no ser por el tinte cobrizo y por los antecedentes y vestigios, mucho costaría de distinguirlas de las formas de *lúpus escrofuloso*. Hé aquí, para mayor esclarecimiento, la historia de un enfermo que acaba de pasar por mi consulta particular.

Es un jóven de Casá, de buena constitucion, á quien ví por primera vez en Mayo del año próximo pasado. No tenia alas, ni tabique de las fosas nasales; en el lugar de estas partes, habia una úlcera supurante y cubierta de costras. El mal de la nariz le habia comenzado por un tubérculo; éste

se ulceró, y poco á poco fué destruida toda la eminencia facial. Las superficies ulcerosas, á pesar de las costras, dejaban ver cierto tinte cobrizo. Preguntado y repreguntado el paciente, se halló la historia de una sífilis de más de seis años de fecha. Fué sometido al tratamiento mercurial hipodérmico, á las píldoras de Blancard y al ioduro potásico; se le hicieron embrocaciones con aceite de enebro en las ruinas de su nariz; mejoró mucho y fué á tomar las aguas de Archeda. Volvió, reducida á cicatriz la úlcera nasal, bien reconstituido y muy disminuida la deformidad de la cara. Una buena autoplastia, ahora que ya no hay apariencias de sífilis en este individuo, podría dar excelentes resultados.

Estos son los *tubérculos sífilíticos aislados* de peor catadura; los hay tambien aislados y del periodo terciario, que son ménos graves, pues no destruyen serpiginosamente, ni aniquilan las partes hasta el esqueleto. Aparecen en la cara, persisten largo tiempo, se descaman, se reabsorben dejando huellas atróficas ó se ulceran superficialmente, dando por resultado cicatrices más ó ménos deformes. Es un *lúpus superficial*; si se quiere ménos grave que los antecedentes, pero testimonio evidente de los grados más adelantados del proceso sífilítico.

Tampoco los dermatólogos admiten verdaderas *sífilides escamosas*, y tienen razon, pues ni la *pitiriasis* ni el *psoriasis* que á veces subsiguen á ciertas sífilides, son primitivos. Todos los sífiliógrafos admiten, no obstante, un *psoriasis sífilítico*, que tiene su asiento en las palmas de las manos y en las plantas de los piés, jamás en los dorsos de estos segmentos de los miembros, y consideran tan característica esta dermatosis, que afirman que siempre y cuando ella existe con las referidas limitaciones, es indicio seguro de la sífilis terciaria.

Yo digo que tambien se observa á menudo en el periodo secundario.

Si por *psoriasis* se entiende una dermatosis caracterizada por tres elementos: *mancha*, *elevacion* y *escamas* más ó ménos adherentes, ya os digo que no vereis un *psoriasis sifilitico*; pero si por tal nombre se quiere designar unas manchas, más ó ménos aplanadas y de color cobrizo, que se presentan en las palmas de las manos y en las plantas de los piés, cubiertas, no de escamas, sino de pequeños girones epidérmicos que se desprenden de las susodichas regiones, aparecen irritados, ennegrecidos, ulcerados y dolorosos, entonces debemos decir que hay en realidad un *eritema pápulo-escamoso* de los mencionados sitios, que es á más no poder característico de los periodos secundario y terciario de la sífilis.

LECCION XL

De las sífilides de los órganos pilosos y ungueales y de las membranas mucosas.

Proposiciones:

1.^a La *alopecia sífilítica* puede ser debida á la debilidad que se apodera del organismo y á las eflorescencias de que suelen hacerse asiento el dérmis cabelludo ú otras regiones pilosas—barba, cejas, etc.;—el pelo pierde su tersura y brillo y se clarea, no formando calvas, y más tarde se reproduce sin el auxilio de agentes tópicos.

2.^a Las sífilides ungueales pueden recaer en el lecho y en la matriz ungueal, constituyendo las distintas variedades de *onixis*, ó en los tejidos que circundan á la uña, dando lugar á las diferentes formas de *peri-onixis*.

3.^a La *onixis* puede dar por resultado la simple pérdida del pulimento y, por lo mismo, la descamacion de la uña,—*onixis cascada*—ó su hipertrofia, con aumento de grosor, aspereza, irregularidad, alteraciones de color con estrias transversales—*onixis hipertrófica*—ó, en fin, el desprendimiento total ó parcial de la uña por lesion del lecho ungueal, seguida de reparacion córnea, más ó ménos normal.

4.^a La *perionixis* puede ser: 1.^o *seca*, en que aparecen una ó más pápulas junto al borde ungueal, que, como lo haría un cuerpo extraño, se retuerce sobre aquellas, las irrita, las ulcera, las hace supurar, formándose costras y frecuentemente acompañándose de inflamacion del dedo, que no termina por supuracion; 2.^o *ulcerosa*, con una úlcera primitiva que escava la periferia de la uña, hasta la raiz, segrega un humor purulento, sanioso y fétido y se rodea de un ribete inflamatorio.

5.^a De la sífilis resulta algunas veces la desviacion y aun la muerte de las uñas; éstas se caen y el lecho y la matriz aparecen convertidos en una superficie fungosa, en la cual, si el daño no ha sido muy profundo, puede regenerarse la uña con más ó ménos normalidad.

6.^a El tratamiento de las *sífilides ungueales*, además del específico anti-sífi-

lítico, reclama cataplasmas emolientes, emplasto de Vigo, cauterizaciones con nitrato de plata, iodoformo, ioduro de plomo y otros fundentes resolutivos.

7.^a Las sifilides de las membranas mucosas son: *eritematosas*, *papulosas*, *vesiculosas* y *pustulosas*; entre las primeras se comprende el *eritema* faríngeo, amigdalino y palatino; las segundas son las *placas mucosas*, que así se observan en las membranas mucosas, como en partes de la piel que, por el roce ó humedad, adquieren apariencias de membrana mucosa; las *vesiculosas* y las *pustulosas* van próximamente seguidas de ulceraciones más ó menos superficiales.

8.^a El *eritema faríngeo* coincide con la *roséola* y, como esta, puede ser sumamente ténue, causando apenas incomodidad y manifestándose tan solo por una rubicundez poco subida de las fauces; en el velo palatino y en las amígdalas determina síntomas de angina, más ó menos aguda, que no podría confundirse con la *mercurial*, pues ésta coincide con la estomatitis y el tialismo, que delatan, por su parte, la acción fisiológica de los preparados hidrargíricos; no es raro que el eritema faríngeo se cubra de exfoliaciones pseudo-membranosas, que en realidad no tapan una úlcera, sino una superficie hiperemiada: es una especie de *psoriasis sifilítico húmedo*, como lo es siempre el de las membranas mucosas.

9.^a La *angina sifilítica*, que se presenta con todos los síntomas de la angina vulgar, coincide y es la representación de la roséola en la mucosa bucal.

10.^a Las *placas mucosas* son sifilides papulosas hipertróficas, que se desarrollan en las membranas mucosas ó en superficies cutáneas, que por la suciedad, el roce, la compresión ó cualquier otra causa irritante de acción lenta, han adquirido condiciones semejantes á las de las mucosas.

11.^a Aun cuando las placas mucosas, en razón al sitio que ocupan, se dividen en *cutáneas* y *mucosas*, no difieren entre sí ni por la estructura, ni por sus propiedades patogenéticas, puesto que unas y otras, con su sangre ó con sus humores, pueden inocular, no la placa, sino el chancro sifilítico en un individuo sano.

12.^a La presencia de humores, la suciedad y la irritación crónica dependiente de roces ó de compresiones sostenidas, son las causas eficientes de las placas mucosas de la piel.

13.^a El *condiloma plano* es una placa mucosa cutánea crónica, con hipertrofia del cuerpo papilar y revestida de una cubierta epidérmica; se distingue de la placa mucosa, en que ésta está desprovista de capa epidérmica córnea.

14.^a En nada difiere la composición histológica del *condiloma sifilítico* de la de los otros condilomas; por esto, aun cuando acompañen á los afectos sifilíticos, carecen de toda especificidad y no se curan por el mercurio, sino con los agentes cateréticos y cáusticos y por medio de las operaciones con que se combaten las vegetaciones no sifilíticas,—véase—vegetaciones, página 360.—

15.^a Las *placas mucosas de la piel* presentan diferentes particularidades según el sitio que ocupan: en las *márgenes del ano* determinan induración edematosa, escozor y ardor; tienen la forma radiada; son triangulares y con fisuras que corresponden á los pliegues del orificio: en el *surco inter-glúteo*, son fungosas, escabrosas, nacaradas y bañadas de humor fétido; en el *escroto*, redondeadas, nummulares y sonrosadas; en los *grandes labios*, lenticulares agrupadas y frecuentemente erosivas é hipertróficas, sino hay mucha limpieza: en el *prepucio* tienen aspecto de pápulas rojas, en la cara cutánea, y grises en la mucosa; si hay fimosis, forman crestas en los repliegues del limbo; en los *ángulos femoro-escrotal é interfalángicos*, así como en las *comisuras labial y palpebrales*, se presentan agrietadas; en los *espacios interdigitales de la mano*, son raras; en los de los pies son frecuentes y exhalan un humor muy fétido: en los *surcos de las alas de*

la nariz, son erosivas; en el *orificio externo del conducto auditivo*, presentan aspecto poliposo y lo obstruyen; en los *pezones* forman pápulas lisas, sonrosadas y supurantes, que los ocultan; en los surcos *mamo-pectorales* de las mujeres de pechos colgantes, nacen en una superficie eritematosa —*intertrigo*— y tienen la figura semi-lunar; en el *ombigo*, son pequeñas, papulosas y segregan humedad fétida.

SEÑORES: no podemos admitir sin exámen crítico la vulgar opinion de que la caída del pelo constituye uno de los síntomas más característicos de la sífilis. Esta enfermedad, como el tifus, la pulmonía, la viruela y mil otras que alteran profundamente la economía, es causa de debilidad general y de esta resulta la alopecia. Lo cual significa que, no porque tal enfermo nos refiera que en cierta época le cayeron grandes masas de pelos, debemos deducir que estuvo sifilítico. Mas, si el cuero cabelludo, la barba ó las cejas se pueblan de sifilides papulosas ó pustulosas, entonces, aun cuando el organismo no esté muy débil, veremos la dehiscencia de los pelos por causas puramente locales, por lesiones directas de los bulbos. En tales casos, perderá el pelo su vigor, tersura y brillo, la cabellera tomará el aspecto de una peluca, y cada vez que el enfermo se pasará el batidor ó se meserá los cabellos, arrastrará un número mayor ó menor de éstos. De esta suerte la cabeza resultará, no calva, sino clareada en toda su superficie; se despoblarán los arcos superciliares y hasta quizás otras regiones de la cara. Estos enfermos se desesperan al ver cual se pierde su cabellera; se creen próximamente amenazados de incurable calvicie; buscan precoz remedio en específicos decorados con los nombres de *tricógenos*, *tricóferos* ó *regeneradores*, y no tardan en convertirse en propaladores de su eficacia. ¿Por qué? Porque cualquiera que sea la forma de la alopecia sifilítica, nunca determina calva, ni hiere de muerte á los folículos, y así lo mismo recobran el pelo los

que usan cosméticos, que los que descuidan por completo la alopecia y atienden tan solo á la sífilis.

En las *uñas* es necesario ver todos los elementos de la piel, dispuestos de una manera especial y con una organizacion más acentuada; no es, pues, extraño que la *sífilis cutánea* se revele así en la matriz, ú órgano productor, como en el lecho ungueal y en el producto epidérmico de una manera análoga á la que se observa en las otras partes de la piel. Con el nombre de *onixis* comprenderemos las alteraciones que dependen del lecho y matriz de la uña, y daremos el de *perio-nixis* á las lesiones de las partes que inmediatamente contactan con las uñas.

Supongamos en la matriz de la uña y en el lecho por donde esta se desliza y apoya, una hiperemia comparable á la *roséola* sifilítica; por tal lesion, la uña perderá su pulimento, se volverá áspera y al menor roce descamárase. Esta descamacion, que equivaldria á la que resulta en la lámina córnea de la epidermis á consecuencia de un eritema cutáneo, constituye la que se denomina *onixis cascada* y que mejor se llamaría *exfoliativa*.

Si, de resultas del proceso congestivo, aumenta el grosor de las uñas, se vuelven ásperas, de forma irregular y aparecen sembradas de estrías, longitudinales ó transversales, muy perceptibles, diremos que se trata de una *onixis hipertrófica*.

Otras veces es tal el trabajo patológico que se efectúa en la matriz y en el lecho de las uñas, que éstas pierden todos sus vínculos naturales y se desprenden, como podria efectuarlo un extenso giron de epidermis levantado por un vejigatorio. En tal caso puede resolverse la inflamacion de la matriz y lecho y volver estos órganos á su textura y funcion normales, dando por resultado la restauracion más ó ménos completa

y regular de las uñas, siempre por gradual incremento desde la raíz al borde libre.

En un caso, que aun tengo á la vista, los rebordes digitales libres de todas las uñas de la mano ostentan un ribete hipertrófico, que evidentemente no es más que una erupcion papulosa, análoga á otra de liquen sifilítico, que se halla en vías de curacion en otras partes del cuerpo del mismo individuo. Es, pues, una *peri-onixis seca*, que, por corresponder á la extremidad libre de las uñas, no causa la menor incomodidad. Si las pápulas hubiesen salido junto á los bordes adherentes, comprimidas por la misma uña, habrian causado incomodidad y el enfermo se las habria enconado con los dedos, con los dientes ó con un corta-plumas. Entonces las uñas se habrian retorcido sobre las pápulas, inflamándolas, quizá hasta la supuracion, y aun no hubiera sido extraño que propagándose la flegmasia á la yema de los dedos, hubiese determinado un abultamiento doloroso, comparable al panadizo, pero con la diferencia que éste no habria llegado á supurar. Esto es cabalmente lo que acontece en la mayoría de casos de *peri-onixis seca*, ó *papulosa*.

Supongamos ahora una *peri-onixis pustulosa*, verdadero trasunto del *ectima sifilítico*: abiertas las pústulas, quedan úlceras que excavan y descalzan á las uñas hasta la raíz, segregando un humor purulento, mezclado con sangre y de un ribete inflamatorio, cuyo color cobrizo acusa la índole sifilítica de la afeccion. Esta es la *peri-onixis ulcerosa*.

Por último, la sífilis, cebándose en la matriz y lecho de las uñas, puede dar lugar á *fungosidades*, de las cuales resulta que las mismas uñas son levantadas de su molde, desviadas de su direccion y aun completamente desprendidas. Queda entonces una superficie fungosa y supurante, que necesitará

modificarse mucho y que transcurra largo tiempo para volverse á cubrir de uña ó de algo que más ó ménos la remede.

Tanto como puede el práctico excusarse de echar mano de tratamientos tópicos para corregir la alopecia sifilítica, se ve precisado en las sífilides ungueales á auxiliar la medicacion general específica con agentes locales proporcionados á las diferentes formas de la inflamacion: así unas veces convendrán los emolientes, otras se sacará buen partido de cubrir la uña con un parche de emplasto de diaquilon, otras será preciso apelar á los cateréticos, otras, en fin, serán indispensables los cáusticos más activos. Asunto es este que trataremos con más pormenores al ocuparnos, en la *Flogología*, de las inflamaciones de las uñas en particular.

El sistema mucoso ofrece tambien extenso campo á las sífilides, las cuales, como es natural, se nos presentarán con modificaciones de aspecto y evoluciones, en relacion con la diferente textura de dichas membranas respecto de la piel. La misma piel, cuando, por condiciones normales de funcion ó por la influencia accidental del roce, de la suciedad ó de las compresiones, se vuelve más fina, más vascularizada y húmeda, adquiriendo, por lo tanto, aspecto de mucosa, presenta sífilides muy semejantes á las que aparecen en las membranas de este nombre.

Todos los elementos anatómicos, ó lesiones, que hemos hallado en la piel, pueden encontrarse en las mucosas por causa de la sífilis, en el período secundario; así veremos eritemas en la faringe, velo palatino y amígdalas, coincidentes con la roséola ó siendo sus genuinos representantes; pápulas susceptibles de adquirir considerable volúmen, constituyendo las significativas lesiones llamadas *placas mucosas*; *vesículas de herpes*, que conservan apenas por un momento la telilla epitelial y se truecan en ulceritas superficiales, mil veces

confundidas con chancros simples, y *pústulas*, que se abren á poco de formadas, para presentarse á nuestra vista como ulceraciones primitivas.

Empecemos por las *sifilides eritematosas*. En el fondo de la boca, en la garganta, aumentando la natural rubicundez de los pilares, velo palatino y faringe, vereis al principio del período secundario, un *eritema* de los más constantes y característicos.

El que nota que la piel está sembrada de manchas congestivas, al propio tiempo que se enrojece la mucosa de las fauces, no puede dudar de que el *exantema* y el *enantema* hiperémicos obedecen á una misma causa, son obra de un mismo conato eruptivo. ¡Cuántas veces, empero, no hay roséola cutánea, y sin embargo se percibe con la mayor evidencia el eritema gutural! En tales circunstancias bien puede asegurarse que la *angina*—que ninguno de los síntomas de la angina comun deja entonces de observarse—es la sifilide que, en la mucosa de las fauces, representa lo que en la piel la roséola sifilítica.

¿Podría este eritema confundirse con la *faringo-estafilitis* que muchas veces provoca la medicacion mercurial? Con solo pensar que de esta conocemos la causa patogenética y que la inflamacion-mercurial de las fauces se acompaña constantemente de la de las encías, de tialismo y del hedor característico del aliento, sería imposible todo error.

Mirando las fauces de los sifilíticos, os parecerá á veces ver úlceras cubiertas de una capa pseudo-membranosa muy adherente. Haced la prueba de levantar esta capa y os convencereis de que la mucosa no está ulcerada, sino que la pseudo-membrana cubre una chapa eritematosa, más ó ménos tumefacta. Es una especie de descamacion epitelial, adherente y húmeda, que si á algo de lo que presenta la piel

puede compararse, es al *psoriasis*; razon por la cual esta afeccion merece, y se la dá, el nombre de *psoriasis sifilitico de la faringe*.

Cuando los enfermos en quienes evoluciona la sífilis se quejan de disfagia, dolor al deglutir, tal vez de otalgia y dureza de oido, siendo más ó ménos nasal el sonido de la voz, examíndoles la garganta, y encontrareis una amigdalitis con todos los caracteres de la angina catarral. Pues bien, esta flegmasia, no es ni más ni ménos que una expresion *exantemática* de la *roséola* sifilítica, y así aun cuando se os mostrará rebelde á los antiflogísticos y resolutivos, á que suelen ceder las anginas ordinarias, la vereis ceder en pocos dias bajo el tratamiento mercurial.

La *placa-mucosa* es uno de los afectos más dignos de estudio en el período secundario de la sífilis. En su esencia, no es más que una pápula que, en lugar de desarrollarse en un tejido relativamente tupido—como lo es el de las capas superficiales del dérmis—y retenida por estratos de células epidérmicas más ó ménos cornificadas, se desenvuelve en un estroma mucho más vascularizado, más flojo, constantemente sometido al influjo de la humedad y revestido por un epitelio pavimentoso simple.

Estas son las condiciones de las membranas mucosas y por tal motivo, ellas son el sitio predilecto de las placas hipertróficas de su nombre. ¿Quereis ver placas mucosas en la piel? Buscad lugares reblandecidos ó irritados por secreciones normales ó patológicas; partes en donde la suciedad sea habitual; repliegues cutáneos que se rocen mutuamente y se irriten; regiones, en fin, en donde las compresiones y los rozamientos sean constantes y de tal naturaleza que, en vez de encallecer, exciten la hiperemia y la inflamacion secretoria.

De ahí resulta que, tratándose de placas mucosas y siendo todas de la misma índole y naturaleza, importa por el concepto clínico, dividir las en *cutáneas* y *propias de las membranas mucosas*. La prueba de que entre sí no difieren estas dos clases de placas en lo que respecta á su naturaleza y significacion patogenética, está en que ambas dan humor contagioso por inoculacion, esto es, sifilítico, y dicho está, que en tal caso la inoculacion no da por resultado inmediato nuevas placas, sino el chancro indurado, con toda su secuela, y es tambien sabido que tales ensayos de inoculacion son completamente ineficaces así en el individuo que lleva el accidente secundario, como en otros que adolezcan ó hayan adolecido de sífilis.

El uso, más bien que el rigorismo que debiera exigirse del lenguaje clínico, ha consagrado el nombre de *condiloma sifilítico plano*, para designar una forma de placa mucosa cutánea, con grande hipertrofia papilar y revestida de una verdadera cubierta epidérmica, que le distingue de las otras placas mucosas, siquiera sean cutáneas.

Pero el *condiloma plano*, que nace en superficies húmedas ó irritadas ¿es una produccion verdaderamente sifilítica? ¿Posee la especificidad ó, para hablar más claro, la *inoculabilidad* de las otras placas mucosas? No, señores; la historia del *condiloma plano* no corresponde á la de los afectos sifilíticos, sino á la de las *vegetaciones*: allí la dejamos expuesta con todos los pormenores que son necesarios para demostrar que la estructura íntima de los tejidos nada dice respecto de su especificidad. ¿En qué, sino, difiere la histología del condiloma sifilítico de la del condiloma y de las vegetaciones vulgares? En todas partes hallareis hiperplasias del tejido conjuntivo, elementos celulares poco coherentes al principio y despues más ó ménos organizables, y encima de todo un revestimiento epidérmico más ó ménos córneo.